

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)
Estudo transversal de validação para a população portuguesa

Gonçalo Neves Ferreira Godinho

Dissertação
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)
Estudo transversal de validação para a população portuguesa

Gonçalo Neves Ferreira Godinho

Dissertação orientada pela Mestre Maria do Rosário Mexia
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

*Non nobis, Domine, non nobis,
sed nomini tuo da gloriam.*

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, pelo seu apoio e pelos sacrifícios que me permitiram estudar e fazer este caminho.

À minha noiva, por estar comigo em todos os momentos.

Ao meu irmão e aos meus amigos, que com a sua presença e alegria tornaram a caminhada muito mais viva.

À Mestre Maria do Rosário Mexia, que acreditou neste projeto desde o primeiro instante. Sem a sua orientação nada disto teria sido possível.

Ao Prof. Doutor Alexandre Cavalheiro, pela sua disponibilidade e colaboração.

Ao Prof. Doutor Henrique Luís, pela sua disponibilidade e colaboração.

Aos tradutores que gratuitamente me ajudaram: Dra. Ana Coimbra Gonçalves e Dr. António Seabra.

A todos os que de forma gratuita e anónima colaboraram nos estudos que constituíram este trabalho de investigação.

*

À memória dos meus avós Augusto, Ilda, Manuel, Rosa
e da minha amiga Vânia.

Resumo

Introdução: O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) é um indicador de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, que mede os impactos significativos das condições orais na capacidade de o indivíduo realizar determinadas atividades quotidianas.

Objetivos: Validar o OIDP para a população portuguesa. Determinar o impacto da saúde oral nas atividades quotidianas da amostra estudada.

Materiais e métodos: Este estudo transversal de validação de um questionário quantitativo, com componente qualitativa, compreendeu diversas etapas: tradução do questionário original a partir do inglês; retroversão da versão portuguesa de consenso; apreciação do comité de revisão; estudo piloto; adaptações finais e estudo final. A recolha de dados foi feita *online* e participaram portugueses com mais de 18 anos.

Resultados: De uma amostra de 495 pessoas, 33.9% revelaram ter pelo menos um impacto nas atividades quotidianas. Comer e saborear a comida foi a atividade mais afetada. O alfa de Cronbach foi de .67. Não se obtiveram correlações do *score* do OIDP nem com o género, nem com a idade. Obtiveram-se correlações muito significativas do *score* do OIDP com a formação académica; com a perceção de saúde geral; com a perceção saúde oral e com o motivo para visitar o médico dentista.

Conclusões: O OIDP mostrou ter boas propriedades psicométricas e ser um instrumento válido e fiável para ser aplicado à população portuguesa. Os problemas orais podem interferir com as atividades quotidianas. O impacto pareceu ser tanto maior, quanto menor for o nível educacional; as pessoas que afirmaram ter mais impactos tinham também uma apreciação mais negativa do seu estado de saúde geral, do seu estado de saúde oral e habitualmente procuravam o médico dentista por motivos de urgência.

Palavras-chave: Qualidade de vida; saúde oral; adultos; *Oral Impacts on Daily Performances*; validação.

Abstract

Introduction: The *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) is an oral health-related quality of life indicator, which has been developed in order to evaluate the significant impacts of oral conditions on individual's ability to execute daily activities.

Objectives: To validate the OIDP questionnaire among the portuguese population. To determine the Oral Impacts on Daily Performances of the studied sample.

Materials and methods: This transversal validation study comprised several stages. Firstly, the original questionnaire was translated from English to Portuguese. A consensus version was then back-translated into English and compared with the original one. It was performed a pilot study and some last modifications. It was conducted the final study. Data from adult portuguese volunteers was collected online.

Results: From a 495 people sample, 33.9% reported to have at least one daily activity affected. Eating and enjoying food was the most affected performance. Cronbach alpha was .67. There were no correlations between OIDP score and gender or age. There were high significant correlations between OIDP score and academic education, general health perception, oral health perception and usual motive for dental appointment.

Conclusions: OIDP showed good psychometric properties and it seems to be a valid and reliable instrument to be used among portuguese people. It seems that oral health related problems may interfere on daily performances and that higher impacts are related with lower academic education; people who refered to have more oral impacts on daily activities also had a worse appreciation of their general health status, of their oral health status and usually seek for dental care due to urgency motives.

Key-words: Quality of life; oral health; adults; *Oral Impacts on Daily Performances*; validation.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Saúde e qualidade de vida – o modelo socio-ambiental	1
1.2. Saúde oral e qualidade de vida relacionada com a saúde oral	2
1.3. Indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral	2
1.3.1. O modelo conceptual de Locker.....	4
1.4. <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP).....	5
2. Objetivos e hipóteses.....	8
2.1. Objetivos.....	8
2.2. Hipóteses.....	8
3. Materiais e métodos	9
3.1. Procedimentos para a validação.....	9
3.1.1. Tradução.....	10
3.1.2. Comité de revisão.....	10
3.1.3. Retroversão.....	10
3.1.4. Apreciação final do comité de revisão	10
3.1.5. Estudo piloto e adaptações finais	11
3.2. Estudo final	12
3.2.1. Descrição das variáveis em estudo.....	12
3.2.2. Análise estatística.....	13
4. Resultados	14
4.1. Caracterização da amostra.....	14
4.2. Impactos nas atividades quotidianas.....	15
4.3. Propriedades psicométricas do questionário.....	16
4.4. Resposta às hipóteses.....	18
5. Discussão.....	19
5.1. Metodologia adotada	19
5.2. Características da amostra	19
5.3. Impactos nas atividades quotidianas.....	20
5.4. Propriedades psicométricas do OIDP	21
5.5. Limitações do estudo	23
6. Conclusões	25
7. Referências	26
8. Anexos.....	30

Índice de Anexos

Anexo 1. Versão final portuguesa do OIDP.	30
Anexo 2. Opções de resposta e atribuição de <i>scores</i>	31
Anexo 3. Fórmula de cálculo do <i>score</i> final para cada inquirido.	32
Anexo 4. Termo de esclarecimento e consentimento, usado no estudo piloto.	33
Anexo 5. Termo de esclarecimento e consentimento, usado no estudo final.	34
Anexo 6. Estrutura do questionário aplicado no estudo final.	35
Anexo 7. Ró de Spearman.	37

Lista de siglas e abreviaturas

OMS	Organização Mundial de Saúde
OHRQoL	<i>Oral Health-Related Quality of Life</i> (em português, qualidade de vida relacionada com a saúde oral)
OHRQoL <i>indicators</i>	Indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral
OIDP	<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
EP1	Etapa 1 do estudo piloto
EP2	Etapa 2 do estudo piloto

1. Introdução

O desenvolvimento de indicadores de saúde baseados na percepção dos pacientes, tanto em medicina como em medicina dentária, deve ser entendido à luz de uma mudança do próprio paradigma de saúde (Nettleton *in* Locker, 1997).

Como premissa para compreender o propósito desta dissertação, é importante definir saúde, doença e qualidade de vida. Embora possam parecer óbvias, amiúde as definições destes conceitos tornam-se confusas e abstratas, dado que dependem de acontecimentos e experiências subjetivas, inconstantes no tempo e no contexto social, cultural ou político em que se inserem os indivíduos (Patrick et al. *in* Locker, 1997). Por este motivo, é difícil encontrar definições universalmente aceites (Coulter et al. *in* Locker, 1997).

Classicamente, segundo o modelo biomédico de saúde, saúde e doença eram entendidas como conceitos exclusivamente biológicos (Locker, 1997). Neste modelo, centrado na doença, somente eram tidos em conta etiologias, parâmetros fisiológicos e resultados clínicos, mensuráveis através de indicadores objetivos e quantitativos (Wilson *et al.*, 1995). Sem dúvida que estes indicadores são importantes. No entanto, têm em comum uma limitação: apenas refletem o resultado dos processos patológicos, sem darem nenhuma indicação do impacto das doenças no bem-estar funcional e psicológico dos indivíduos (Allen, 2003).

No âmbito da medicina dentária, tradicionalmente os médicos dentistas eram ensinados a reconhecer e tratar doenças, tal como a cárie ou a doença periodontal. A cavidade oral era tratada como uma estrutura anatómica relativamente isolada do corpo e da pessoa. Também este entendimento não considerava as possíveis repercussões das doenças orais na saúde geral e no bem-estar dos indivíduos (Locker, 1997).

1.1. Saúde e qualidade de vida – o modelo socio-ambiental

Na década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definia saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Organization, 1946). Posteriormente, este conceito viria a ser desenvolvido para abranger a saúde relacionada com qualidade de vida (Barbotte *et al.*, 2001). Segundo Locker, “saúde pode definir-se como uma experiência subjetiva de um indivíduo em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico”(Locker, 1997).

Em 1993, a OMS definia qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto e no sistema de valores com os quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Group, 1993). Locker considera o conceito de qualidade de vida mais abrangente que o conceito de saúde. O autor defende que se é verdade que determinadas condições clínicas ou patologias podem ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, tal não constitui uma inevitabilidade (Locker, 1997).

Estas definições enquadram-se num modelo de saúde mais recente, descrito na literatura como modelo socio-ambiental, que tem em conta as várias dimensões deste conceito, designadamente as influências culturais, ambientais e psicossociais que dele fazem parte (Allen, 2003).

1.2. Saúde oral e qualidade de vida relacionada com a saúde oral

No âmbito mais específico da saúde oral, é possível encontrar várias definições para este conceito. A OMS definiu saúde oral como “um estado de ausência de dor oral ou facial, cancro oral ou faríngeo, infeção ou lesão oral, doença periodontal, lesão de cárie, perda dentária e outras patologias ou alterações que limitam a capacidade do indivíduo para morder, mastigar, sorrir, falar e que limitam o seu bem-estar psicológico”(Organization, 2012). A OMS considera a saúde oral um direito humano, parte integrante da saúde geral e requisito essencial para o bem-estar do indivíduo (Organization, 2005). A *American Dental Association* definiu saúde oral como “um estado de bem-estar funcional, estrutural, estético, psicológico e psicossocial, que é essencial para a saúde geral e qualidade de vida do indivíduo”(Association, 2014).

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral (em inglês, *oral health related quality of life – OHRQoL*) é um conceito que diz respeito ao impacto da saúde oral nas experiências pessoais de um dado paciente. De acordo com Gregory e colaboradores, “consiste numa interação cíclica entre a relevância e o impacto da saúde oral na vida quotidiana”(MacEntee, 2007).

1.3. Indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Um novo paradigma de saúde implica novas formas de investigação em saúde. O uso de indicadores de qualidade de vida relacionada com saúde (não específicos para a saúde oral) tornou-se comum em diversas áreas da medicina. Alguns exemplos desses

indicadores são o *Medical Outcomes Study Short Forms 12 e 36* (SF-12 e SF-36), o *Sickness Impact Profile* e o *Quality of Well-being Scale* (Prevention, 2011).

Na medida em que cresce o interesse pelo estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, não só é necessário haver instrumentos que avaliem a presença ou ausência de doença oral, como é imprescindível desenvolver indicadores que avaliem a percepção de saúde e doença oral dos indivíduos e as suas repercussões na qualidade de vida. Tal é possível através de indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (em inglês, *OHRQoL indicators*). Cohen e Jago foram os primeiros a constatar a necessidade de desenvolver estes indicadores, em meados da década de 1970 (Cohen et al. in Allen, 2003).

Segundo Allen, os indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral têm diversas utilidades (Allen, 2003) :

- Despiste e monitorização de problemas psicossociais no tratamento individualizado de pacientes;
- Estudos populacionais sobre a percepção de problemas de saúde;
- Auditorias médicas;
- Medição de resultados em serviços de saúde;
- Ensaio clínicos;
- Análises de custo-benefício.

Os indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral aparentam ter melhores propriedades discriminativas na medição das consequências das doenças orais, quando comparados com indicadores não específicos para saúde oral (Allen *et al.*, 1999). A tabela 1.1. resume alguns dos indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral existentes.

Tabela 1.1. Exemplos de indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (adaptado de Allen, 2003).

<i>Autores (ano)</i>	<i>Nome do indicador</i>
Cushing et al. (1986)	<i>Social Impacts of Dental Disease</i>
Atchison e Dolan (1990)	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
Strauss e Hunt (1993)	<i>Dental Impact Profile</i>
Slade e Spencer (1994)	<i>Oral Health Impact Profile</i>
Locker e Miller (1994)	<i>Subjective Oral Health Status Indicators</i>
Leo e Sheiham (1996)	<i>Dental Impacts on Daily Living</i>
Adulyanon e Sheiham (1997)	<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>
McGrath e Bedi (2000)	<i>United Kingdom Oral Health-Related Quality of Life Measure</i>

Existe uma tendência crescente para utilizar um pequeno número de OHRQoL *indicators* entre diferentes culturas, com a finalidade de obter validação transcultural e dados que possam ser comparados (Montero *et al.*, 2008). Nesse sentido, um projeto da Comissão Europeia considerou especialmente relevantes os indicadores *Oral Health Impact Profile*, *United Kingdom Oral Health-Related Quality of Life Measure* e *Oral Impacts on Daily Performances* (Skaret *et al.*, 2004).

Na literatura têm sido descritos diversos modelos conceituais para a elaboração dos referidos indicadores. De acordo com o defendido por Locker, a exploração destes modelos teóricos aplicados aos problemas orais é fundamental e deve ser considerada uma prioridade, a fim de melhor se compreender o que significa saúde oral (Locker, 1997).

1.3.1. O modelo conceptual de Locker

Em 1980, a OMS publicou um documento intitulado *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), que explicita um modelo conceptual da doença e dos vários níveis das suas consequências (Organization, 1980). Locker adaptou este modelo à medicina dentária (Locker, 1988). Segundo o autor (Locker, 1988), uma doença oral pode provocar lesão¹ (*impairment*) na cavidade oral, a qual pode cursar com limitações funcionais, desconforto e dor. Em resultado, o indivíduo pode desenvolver alguma incapacidade física, psicológica ou social (*disability*), e/ou pode ficar com uma desvantagem perante a sociedade (*handicap*). O diagrama seguinte ilustra as relações entre os vários componentes do modelo teórico descrito.

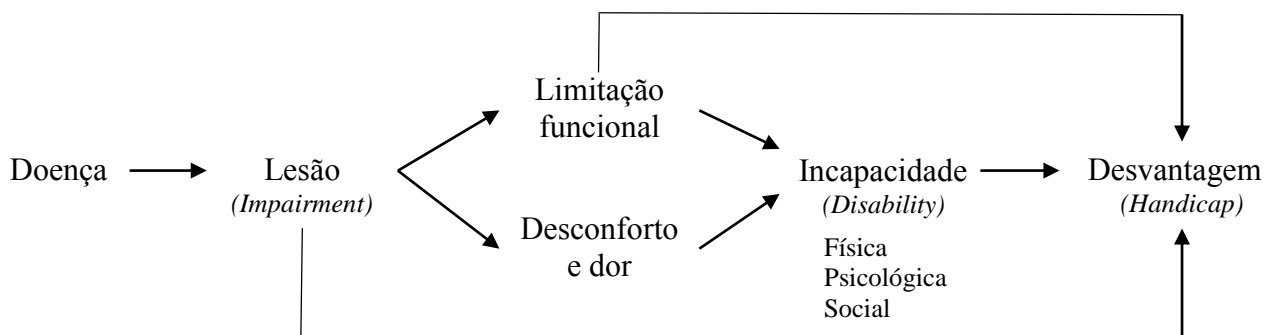


Figura 1.1. Modelo conceptual sobre as doenças orais e suas consequências, proposto por Locker (adaptado de Locker, 1988).

¹ Termo traduzido de acordo com Diniz, D., M. Medeiros e F. Squinca (2007). "Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde." *Cadernos de Saúde Pública* **23**: 2507-2510.

Em 1992, Locker fez um estudo com 907 adultos idosos, em que testou e comprovou a utilidade do modelo conceptual que adaptou à medicina dentária em 1988. Neste trabalho concluiu que uma grande parte dos idosos referia algum comprometimento da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Locker, 1992). De facto, os indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral têm sido aplicados sobretudo a populações idosas, essencialmente em estudos descritivos (Allen, 2003).

Porém, num outro estudo em que testaram estes indicadores em indivíduos com 18 ou mais anos, originalmente desenvolvidos para serem aplicados a indivíduos idosos, Locker e Miller concluíram que os adultos mais jovens podem igualmente experienciar impactos negativos que afetam a sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Nesse mesmo artigo os autores afirmam que estes indicadores, de um modo genérico, são úteis para estudos descritivos de populações adultas de todas as idades (Locker *et al.*, 1994).

1.4. Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) consiste num indicador de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, focado na medição dos impactos significativos que as condições orais podem ter na capacidade do indivíduo realizar determinadas atividades diárias. Este instrumento foi desenvolvido para complementar a avaliação clínica de necessidades de tratamento de indivíduos adultos, dado fundamental na elaboração de políticas de saúde pública (Adulyanon *et al.*, 1997).

Originalmente, o OIDP foi construído em língua inglesa e foi testado pela primeira vez numa população adulta na Tailândia (Adulyanon *et al.*, 1997). Posteriormente, foi validado em diversos países (Tsakos *et al.*, 2001; Astrom *et al.*, 2005; Kida *et al.*, 2006; Dorri *et al.*, 2007; Naito *et al.*, 2007; Jung *et al.*, 2008; Montero *et al.*, 2008; Ostberg *et al.*, 2008; Hobdell *et al.*, 2009; Eric *et al.*, 2012; Purohit *et al.*, 2012; Abegg *et al.*, 2013; Lawal *et al.*, 2013).

Foi desenvolvida uma versão para crianças, denominada *Child-OIDP* (Gherunpong *et al.*, 2004), que também foi validada em vários países (Masalu *et al.*, 2003; Gherunpong *et al.*, 2004; Tubert-Jeannin *et al.*, 2005; Mtaya *et al.*, 2007; Bernabe *et al.*, 2008; Castro *et al.*, 2008; Cortes-Martinicorena *et al.*, 2010; Thelen *et al.*, 2011; Usha *et al.*, 2012; Agrawal *et al.*, 2013).

A base teórica do OIDP é o modelo conceptual de Locker (Locker, 1988), o qual se fundamenta no documento ICIDH da OMS, com algumas modificações. A primeira modificação consiste na distribuição das consequências das condições orais do modelo de Locker por três níveis. O primeiro nível contempla as condições orais propriamente ditas e possíveis lesões, que são medidas habitualmente por índices clínicos. No segundo nível, encontram-se os impactos intermediários, incluindo impactos negativos precoces como desconforto, dor ou limitação funcional. A este nível acrescentou-se a insatisfação com a aparência, pois segundo Adulyanon, esta é uma dimensão importante dos resultados em saúde oral (Adulyanon *et al.*, 1997).

Como resultado das interações no nível dois, o terceiro nível contém as incapacidades e desvantagens, ou seja, os últimos impactos na capacidade para desempenhar atividades diárias de nível físico, psicológico e social. O OIDP mede as consequências do nível 3, sem deixar de ter em conta os possíveis impactos do nível 2 (Adulyanon *et al.*, 1997). O diagrama seguinte mostra os diversos níveis do modelo teórico do OIDP.

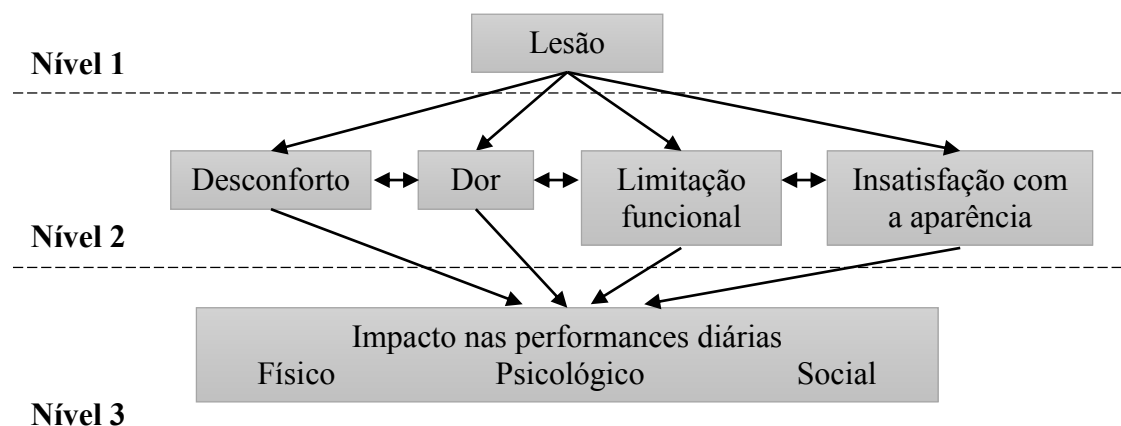


Figura 1.2. Modelo teórico do OIDP, composto por 3 níveis, baseado no modelo conceptual de Locker (adaptado de Adulyanon *et al.*, 1997).

O intuito do *Oral Impacts on Daily Performances* é quantificar o impacto sentido pela pessoa ao desempenhar oito atividades quotidianas, designadamente: i) comer e saborear a comida; ii) falar e pronunciar com clareza; iii) lavar os dentes; iv) dormir e descansar; v) sorrir, rir e mostrar os dentes sem ficar constrangido; vi) manter o estado emocional habitual sem estar irritável; vii) desempenhar a sua atividade profissional ou social e viii) desfrutar do contacto com as pessoas.

Para tal, o OIDP está estruturado numa sequência de quatro perguntas, que se repete para cada uma destas atividades/itens (ver Anexo 1). As opções de resposta são fechadas (ver Anexo 2).

A primeira pergunta, que tem como respostas possíveis “sim” ou “não”, determina se o inquirido responde a mais perguntas sobre essa atividade: quando a resposta é “sim”, coloca-se a segunda pergunta e seguintes; quando a resposta é “não” avança-se para a atividade subsequente. A terceira pergunta tem duas alternativas, 3a e 3b, mas o inquirido apenas responde a uma delas, dependendo da resposta à pergunta 2. Cada inquirido responde a entre oito e trinta e duas perguntas.

As duas últimas questões 3 (a. ou b.) e 4 dizem respeito à frequência e severidade do impacto sentido pela pessoa. É atribuída uma pontuação/*score* às respostas (ver Anexo 2). Um aspeto importante é que apenas são quantificados os impactos significativos, isto é, que têm real influência na qualidade de vida da pessoa. O inquirido que responde “sim” à pergunta 1 pode responder “0” à pergunta 4, sendo o *score* para esse item igual a zero. No final, é possível determinar o *score* total do respondente, que pode variar entre 0 e 200. O *score* total é calculado através do somatório dos produtos dos *scores* de frequência e severidade de cada item, multiplicado por 100 e dividido por 200 (ver Anexo 3). Quanto maior o *score*, maior é o impacto nas atividades quotidianas (Adulyanon *et al.*, 1997).

2. Objetivos e hipóteses

2.1. Objetivos

Validar o *Oral Impacts on Daily Performances* para a população portuguesa.
Determinar o impacto da saúde oral nas atividades quotidianas da amostra estudada.

2.2. Hipóteses

H1.0. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas não tem relação com a perceção de saúde geral.

H1.1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas tem relação com a perceção de saúde geral.

H2.0. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas não tem relação com a perceção de saúde oral.

H2.1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas tem relação com a perceção de saúde oral.

H3.0. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas não tem relação com o motivo de consulta do médico dentista.

H3.1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas tem relação com o motivo de consulta do médico dentista.

3. Materiais e métodos

3.1. Procedimentos para a validação

Segundo *guidelines* internacionais, a introdução de um novo questionário sobre qualidade de vida num país de língua e/ou cultura diferente do país de origem requer a validação do mesmo (Guillemin *et al.*, 1993; Castro *et al.*, 2007). Validar é essencialmente fazer uma adaptação transcultural, que compreende diversas tarefas, tais como: 1) traduzir o questionário; 2) adaptar o instrumento (quando necessário); 3) testar as suas propriedades psicométricas no país onde é introduzido (Guillemin *et al.*, 1993; Castro *et al.*, 2007).

As propriedades psicométricas a testar são a fiabilidade e a validade (McDowell, 2006). A fiabilidade é uma medida da consistência do indicador (Hill *et al.*, 2012). A validade subdivide-se em diferentes componentes: validade de conteúdo, de face, de construto e validade concorrente. A validade de conteúdo concerne à adequação das questões ao propósito do estudo. A validade de face respeita à clareza do modo como o instrumento foi construído/adaptado e à facilidade de perceção por parte dos inquiridos. A validade de construto consiste em testar conceitos propostos. A validade concorrente compara o desempenho do instrumento a ser testado com o desempenho de outro instrumento existente, cuja validade é conhecida (McDowell, 2006; Luís *et al.*, 2012).

Uma vez que o OIDP não se encontrava validado para a população portuguesa, foi necessário proceder à sua validação. O facto de o OIDP estar validado no Brasil não elimina a necessidade de validar o instrumento em Portugal, uma vez que as diferenças culturais são substanciais (Guillemin *et al.*, 1993). Hobdell e Tsakos seguiram a mesma lógica em 2009 num estudo cujo objetivo era a tradução e adaptação cultural do OIDP no Reino Unido, África do Sul e Estados Unidos da América (EUA). Adaptaram um instrumento em língua inglesa à cultura de três países diferentes, onde se fala a mesma língua; adicionalmente, traduziram-no e adaptaram-no a sub-grupos populacionais, nomeadamente hispânicos nos EUA e africânderes na África do Sul (Hobdell *et al.*, 2009).

Este estudo transversal de validação de um questionário quantitativo, com componente qualitativa, incluiu várias etapas antes da última, o estudo final: tradução do questionário original, apreciação do comité de revisão, retroversão da versão portuguesa de consenso, nova apreciação do comité de revisão, estudo piloto e adaptações finais.

3.1.1. Tradução

De acordo com as *guidelines* existentes (Guillemin *et al.*, 1993), o questionário foi traduzido do original inglês por dois tradutores profissionais independentes, ambos de língua materna portuguesa, ambos fluentes em inglês, doravante designados por tradutores UM e DOIS. Obtiveram-se duas traduções independentes.

O tradutor UM regressara recentemente do Reino Unido, onde residiu, pelo que além da fluência em língua inglesa, tinha experiência quotidiana da cultura britânica. Apenas lhe foi explicado que se tratava de uma tradução que deveria ser feita por um profissional. De maneira diversa, o tradutor DOIS recebeu alguma informação sobre o propósito da tradução, designadamente tratar-se de um questionário sobre qualidade de vida relacionada com a saúde oral que se visava adaptar à população portuguesa. Esta diferença de informação seguiu as recomendações da literatura (Guillemin *et al.*, 1993).

3.1.2. Comité de revisão

Um painel de investigadores reuniu com o objetivo de identificar as disparidades entre as duas traduções e de elaborar uma versão portuguesa de consenso. Todos os membros do comité eram fluentes em inglês e tinham prática clínica, requisitos que a literatura considera importantes (Castro *et al.*, 2007).

3.1.3. Retroversão

Uma tradutora profissional, de língua materna portuguesa, sem qualquer relação com os dois primeiros tradutores fez a retroversão da versão portuguesa de consenso para inglês. Esta tradutora não sabia o propósito da retroversão, de acordo com as *guidelines* (Guillemin *et al.*, 1993).

3.1.4. Apreciação final do comité de revisão

Após a retroversão, foi possível compará-la com o original em inglês e ver se havia diferenças significativas entre as duas versões. Foi pedido o parecer de um tradutor profissional independente, sem qualquer relação com os anteriores, o qual considerou não existirem disparidades significativas que deturpassem o sentido da versão original do questionário. A apreciação final do comité de revisão reiterou este mesmo juízo. Consequentemente, apenas foram feitas pequenas adaptações linguísticas, para uma melhor compreensão da população-alvo. Após este processo, obteve-se a versão portuguesa final (ver Anexo 1). Através da apreciação final do comité de revisão procurou-se garantir a validade de conteúdo do questionário.

3.1.5. Estudo piloto e adaptações finais

O estudo piloto permitiu avaliar a validade de face do questionário. Foi realizado em duas etapas, com duas amostras diferentes, doravante designadas EP1 e EP2.

Os participantes foram informados, por escrito, da identidade do investigador, do propósito do estudo, do carácter anónimo e facultativo da sua resposta. Foi garantida a confidencialidade dos dados e a sua utilização exclusiva para fins académicos/científicos. Estas informações e garantias foram prestadas tanto nas duas etapas do estudo piloto, como no estudo final (ver Anexos 4 e 5).

Na primeira etapa do estudo piloto – EP1 – foi escolhida uma amostra de conveniência de 26 pessoas, as quais responderam às questões sociodemográficas, a questões sobre a auto percepção de saúde geral e de saúde oral, razão habitual para visitar o médico dentista e ao questionário propriamente dito, estruturado sob a forma de uma tabela. Os questionários foram entregues para preenchimento autónomo pelos próprios inquiridos, com a mínima intervenção do investigador. No final do preenchimento, foram colocadas questões sobre a dificuldade de compreensão do questionário e o grau de dificuldade sentido numa escala de 1 a 5. Dos 26 inquéritos aplicados, 5 foram excluídos por estarem incompletos. Dos 21 inquiridos que responderam na íntegra, 9 afirmaram ter dificuldade em compreender o questionário, num nível que variava entre 2 e 4.

Na segunda etapa – EP2 – seguiu-se uma abordagem diferente da primeira. O questionário, exatamente com os mesmos conteúdos, foi construído *online* na plataforma *SurveyMonkey*[®]. A diferença mais relevante face à versão em papel residia no facto de a visualização do inquérito ser gradual (pergunta e resposta), semelhante a uma entrevista. Desta vez, foi pedido a uma amostra de conveniência de 10 pessoas que respondessem ao questionário *online*, incluindo questões sobre a dificuldade de compreensão e o grau de dificuldade sentido no preenchimento do mesmo, numa escala de 1 a 5. Todos os inquiridos responderam integralmente. Somente 2 respondentes referiram alguma dificuldade de compreensão, um de nível 1 e outro de nível 2.

Do ponto de vista linguístico não foi feita nenhuma alteração adicional. Ajustaram-se os intervalos de idade e acrescentaram-se questões sobre o distrito de habitação, a formação académica e a situação profissional.

3.2. Estudo final

O estudo final foi a última etapa do processo de validação e foi também o propósito principal desta investigação. Dada a facilidade de compreensão do questionário aplicado *online*, utilizou-se somente este modo de aplicação, através da plataforma *SurveyMonkey*®, entre Fevereiro e Março de 2015. Os inquiridos foram contactados por correio eletrónico, com um pedido para responder ao inquérito. A estrutura do questionário aplicado no estudo final pode ser consultada no Anexo 6.

3.2.1. Descrição das variáveis em estudo

Foi solicitado aos inquiridos que indicassem o seu género, idade, formação académica, situação profissional e distrito de habitação em Portugal. Estas, juntamente com o *score* do questionário propriamente dito, constituíram as variáveis independentes em estudo.

Foi perguntada a perceção de saúde geral e a perceção de saúde oral (ambas numa escala tipo *Likert*, com cinco opções de resposta, em que “ótima”=0 e “péssima”=4) e a razão para visitar o médico dentista (com duas alternativas de resposta – “controlo regular”=1 ou “sintomas/situação aguda”=2), sendo estas as variáveis dependentes em estudo.

A tabela 3.1 diferencia as variáveis em independentes e dependentes.

Tabela 3.1. Variáveis independentes e dependentes em estudo.

<i>Variáveis independentes</i>	<i>Variáveis dependentes</i>
Género	Perceção de saúde geral
Idade	Perceção de saúde oral
Formação académica	Razão para visitar o médico dentista
Situação profissional	
Distrito de habitação	
Score do OIDP	

A introdução das variáveis dependentes é fundamental para verificar a validade de construto, testando algumas hipóteses (designadamente, as hipóteses da secção 2.2), colocadas com o objetivo de perceber se os resultados destas variáveis estão de acordo com o esperado (McDowell, 2006). É expectável que uma pessoa com mais impactos de problemas orais nas atividades quotidianas tenha uma pior apreciação da sua saúde geral (Tsakos *et al.*, 2001; Eric *et al.*, 2012) e da sua saúde oral (Astrom *et al.*, 2005; Abegg *et*

et al., 2013), embora como explicado anteriormente tal não seja inevitável. É conjecturável que um indivíduo que apenas consulte o médico dentista em situações de urgência tenha mais impactos nas atividades quotidianas (Astrom *et al.*, 2005; Montero *et al.*, 2014), embora isso não implique necessariamente uma pior perceção de saúde geral, ou de saúde oral.

Como não há *gold standard* na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Tsakos *et al.*, 2001; Astrom *et al.*, 2005; McDowell, 2006; Abegg *et al.*, 2013), é necessário escolher um instrumento válido, de construção semelhante, para que se possa testar a validade concorrente do questionário. A perceção de saúde geral, avaliada numa escala tipo *Likert* como a que foi aplicada, está descrita na literatura como uma medida adequada e válida da perceção de saúde do indivíduo (Pais-Ribeiro, 2012). Esta mesma variável foi usada na validação do OIDP em diferentes países (Tsakos *et al.*, 2001; Eric *et al.*, 2012).

3.2.2. Análise estatística

A análise estatística do presente estudo foi feita utilizando o *software The Statistical Package for Social Sciences*, versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). O nível de significância escolhido foi de 5% ($\alpha=0.05$).

A fiabilidade do questionário foi estudada através da análise de consistência interna (determinando o alfa de Cronbach e o alfa de Cronbach com base em itens padronizados), das correlações inter-item e item-total e do alfa de Cronbach se item excluído.

A validade de construto e a validade concorrente foram estudadas através do Ró de Spearman e do teste de Kruskal-Wallis, testes não paramétricos, pois pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov concluiu-se que a amostra não seguia uma distribuição normal.

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

A amostra de conveniência do estudo final teve um total de 513 pessoas portuguesas, com idade superior a 18 anos. Excluíram-se 18 respostas dos resultados, por não terem completado o preenchimento do questionário na íntegra.

Dos 495 respondentes considerados, 67.5% eram do género feminino, e 32.5% do género masculino.

A idade dos respondentes foi dividida em cinco grupos etários: 31.9% tinham idades compreendidas entre os 18 e 24 anos; 36.8% entre os 25 e 40 anos; 11.7% entre os 41 e 50 anos; 14.3% entre os 51 e 64 anos; 5.3% com 65 ou mais anos de idade.

Foi pedido aos inquiridos que indicassem a sua formação académica. .8% dos inquiridos completaram o 4.º Ano; 1.0% completaram o 9.º Ano; 24.2% completaram o 12.º Ano; 48.1% completaram uma Licenciatura; 22.4% completaram um Mestrado e 3.4% completaram um Doutoramento.

Relativamente à situação profissional dos inquiridos, 31.7% eram estudantes; 51.5% estavam empregados; 5,5% estavam desempregados; 7.7% eram reformados ou aposentados e 3.6% tinham outra situação profissional.

Para conhecer a distribuição geográfica da amostra, consultem-se as linhas da tabela 4.1 relativas a “Distrito de Habitação”. A tabela 4.1 resume as diversas variáveis socio-demográficas da amostra.

Tabela 4.1. Variáveis socio-demográficas.

<i>Variável</i>	<i>Opções de resposta</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Género	Feminino	334	67.5
	Masculino	161	32.5
Grupo etário	18-24 anos	158	31.9
	25-40 anos	182	36.8
	41-50 anos	58	11.7
	51-64 anos	71	14.3
	65 ou + anos	26	5.3
Formação Académica	4.ºAno	4	.8
	9.ºAno	5	1.0
	12.ºAno	120	24.2
	Licenciatura	238	48.1

	Mestrado	111	22.4
	Doutoramento	17	3.4
Situação profissional	Estudante	157	31.7
	Empregado	255	51.5
	Desempregado	27	5.5
	Reformado/Aposentado	38	7.7
	Outra	18	3.6
Distrito de Habitação	Aveiro	10	2.0
	Beja	3	.6
	Braga	8	1.6
	Bragança	1	.2
	Castelo Branco	2	.4
	Coimbra	6	1.2
	Évora	6	1.2
	Faro	10	2.0
	Guarda	3	.6
	Leiria	8	1.6
	Lisboa	338	68.3
	Portalegre	1	.2
	Porto	16	3.2
	Santarém	23	4.6
	Setúbal	38	7.7
	Viana do Castelo	2	.4
	Vila Real	2	.4
	Viseu	3	.6
	Região Autónoma da Madeira	12	2.4
	Região Autónoma dos Açores	3	.6

4.2. Impactos nas atividades quotidianas

Os impactos nas atividades quotidianas referidos pelos inquiridos podem ser analisados por atividade. “Comer e saborear a comida” foi a atividade mais afetada (24%); seguida de “sorrir, rir e mostrar os dentes sem ficar constrangido” (14.5%) e “lavar os dentes”, com uma percentagem ligeiramente inferior (14.3%). “Dormir e descansar” e “manter o estado emocional habitual sem estar irritável” tiveram a mesma percentagem (8.1%). As atividades menos afetadas foram “desfrutar do contacto com as pessoas” (4.6%) “falar e pronunciar com clareza” e “desempenhar a sua atividade profissional ou social”, ambas com a mesma percentagem de respostas (4.4%). De um modo mais genérico, cerca de um terço dos inquiridos referiu pelo menos um impacto nas atividades quotidianas (33,9%). Por outras palavras, cerca de um terço das pessoas teve um *score* maior que zero. A tabela 4.2 resume os impactos referidos em cada atividade quotidiana

por frequência e percentagem, bem como a frequência e percentagem de adultos com pelo menos um impacto.

Tabela 4.2. Impactos nas atividades quotidianas, por frequência (n) e percentagem (%).

<i>Impactos nas atividades quotidianas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Comer e saborear	119	24.0
Falar e pronunciar	22	4.4
Lavar os dentes	71	14.3
Dormir e descansar	40	8.1
Sorrir, rir e mostrar os dentes	72	14.5
Manter o estado emocional	40	8.1
Atividade profissional/social	22	4.4
Contacto com as pessoas	23	4.6
Pelo menos um impacto	168	33.9

N=495

Aplicou-se o Ró de Spearman para testar as correlações existentes entre o *score* do OIDP e as variáveis sociodemográficas. Dada a natureza não ordinal das variáveis “Situação profissional” e “Distrito de habitação”, optou-se por não as incluir na tabela relativa ao Ró de Spearman, tendo as mesmas servido unicamente para descrição sociodemográfica da amostra.

Não foi encontrado um coeficiente de correlação de Spearman significativo entre o *score* total e o género, nem entre o *score* total e a idade. Foi encontrado um coeficiente de correlação de Spearman negativo, com elevada significância, entre o *score* total do questionário e a formação académica ($r=-.12^{**}$; $p=.01$). No Anexo 7 é possível consultar todas as correlações obtidas pelo Ró de Spearman.

4.3. Propriedades psicométricas do questionário

4.3.1. Fiabilidade

Ao nível da consistência interna, o alfa de Cronbach da escala foi de .67, enquanto o alfa de Cronbach com base em itens padronizados foi de .69.

Os coeficientes de correlação inter-item entre os scores dos 8 itens variaram entre .02 e .53 (ver Tabela 4.3).

As correlações item-total corrigidas variaram entre .24 e .53 (ver Tabela 4.4).

Por fim, o alfa de Cronbach se algum item fosse excluído era menor ou igual ao seu valor original (ver Tabela 4.4).

Tabela 4.3. Coeficientes de correlação inter-item.

<i>Itens abreviados</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
Comer e saborear (1)	1.00							
Falar e pronunciar (2)	.11	1.00						
Lavar os dentes (3)	.33	.13	1.00					
Dormir e descansar (4)	.39	.11	.23	1.00				
Sorrir, rir e mostrar os dentes (5)	.23	.10	.30	.16	1.00			
Manter o estado emocional (6)	.38	.26	.20	.53	.30	1.00		
Atividade profissional/social (7)	.12	.14	.02	.19	.24	.25	1.00	
Contacto com as pessoas (8)	.09	.23	.05	.03	.48	.24	.27	1.00

Tabela 4.4. Correlação de item total corrigida e Alfa de Cronbach se o item for excluído.

<i>Itens abreviados</i>	<i>Correlação de item total corrigida</i>	<i>Alfa de Cronbach se o item for excluído</i>
Comer e saborear	.42	.63
Falar e pronunciar	.24	.67
Lavar os dentes	.35	.64
Dormir e descansar	.41	.64
Sorrir, rir e mostrar os dentes	.46	.63
Manter o estado emocional	.53	.60
Atividade profissional/social	.28	.66
Contacto com as pessoas	.35	.64

4.3.2. Validade

Para testar a validade de construto, aplicou-se o Ró de Spearman e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Foi encontrado um coeficiente de correlação de Spearman positivo com elevada significância entre o *score* total do questionário e a percepção de saúde geral ($r=.23^{**}$; $p<.001$), entre o *score* total do questionário e a percepção de saúde oral ($r=.31^{**}$; $p<.001$), entre o *score* total do questionário e a razão para habitualmente visitar o dentista ($r=.24^{**}$; $p<.001$). Estas correlações podem ser consultadas no anexo 7. O teste de Kruskal-Wallis permitiu confirmar os resultados obtidos pela aplicação do Ró de Spearman (ver Tabela 4.5).

A validade concorrente foi avaliada comparando o *score* do OIDP com a percepção de saúde geral, medida de validade conhecida (ver secção 3.2.1.). O Ró de Spearman resultou numa correlação positiva com elevada significância entre as duas variáveis

($r=.23^{**}$; $p<.001$). O teste de Kruskal-Wallis permitiu confirmar este resultado (ver Tabela 4.5).

Tabela 4.5. Teste de Kruskal-Wallis para confirmação da validade de construto e da validade concorrente.

<i>Variável</i>	<i>Opções de resposta</i>	<i>n</i>	<i>Postos de média</i>	<i>p</i>
Como classifica a sua saúde geral? ¹	Ótima	88	206.66	<.001
	Boa	293	242.58	
	Regular	110	295.80	
	Má	4	239.88	
	Péssima	0	-	
Como classifica a sua saúde oral? ²	Ótima	73	199.83	<.001
	Boa	252	229.21	
	Regular	153	288.16	
	Má	16	364.34	
	Péssima	1	495.00	
Habitualmente, por que razão visita o dentista? ²	Controlo regular	319	226.59	<.001
	Sintomas/Situação aguda	176	286.80	

¹Validade de construto e validade concorrente;

²Validade de construto;

n – número de respostas;

p – valor de prova.

4.4. Resposta às hipóteses

H₁. O resultado obtido ($p<.001$) confirma a H1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas está relacionado com a perceção de saúde geral.

H₂. O resultado obtido ($p<.001$) confirma a H1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas está relacionado com a perceção de saúde oral.

H₃. O resultado obtido ($p<.001$) confirma a H1. O impacto da saúde oral nas atividades quotidianas está relacionado com o motivo de consulta do médico dentista.

5. Discussão

5.1. Metodologia adotada

Tendo em conta a pesquisa desenvolvida na literatura publicada, este trabalho foi o primeiro estudo em que se validou e aplicou o OIDP em Portugal. A adaptação transcultural de um indicador de qualidade de vida relacionada com a saúde oral constitui uma etapa crítica do processo de validação. Neste trabalho seguiram-se as recomendações da literatura para concretizar a versão final portuguesa do OIDP (Guillemin *et al.*, 1993; Castro *et al.*, 2007). A tradução para português não ofereceu dificuldades e a comparação da retroversão com a versão original inglesa não revelou diferenças semânticas, nem de conteúdo. Por esse motivo, as alterações de palavras serviram apenas para simplificar a compreensão e aplicação dos questionários.

A aplicação em papel durante o estudo piloto revelou que o preenchimento do questionário pelo próprio inquirido é difícil, pelo que, para optar por este meio de inquérito, a aplicação deverá ser feita através de uma entrevista. O estudo final foi realizado unicamente recorrendo a questionários *online*, por serem de mais fácil entendimento. Esta abordagem é semelhante à que havia sido utilizada na validação do OIDP na Noruega (Astrom *et al.*, 2005).

Não foram realizadas observações clínicas, à semelhança da metodologia seguida em diversos estudos (Tsakos *et al.*, 2001; Astrom *et al.*, 2005; Abegg *et al.*, 2013). Tsakos e colaboradores, num trabalho publicado em 2001, afirmam não incluir deliberadamente variáveis clínicas no estudo das propriedades psicométricas do OIDP, devido à distinção conceptual entre doença e saúde. Os indicadores clínicos medem doença – conceito biológico, enquanto os indicadores subjetivos como o OIDP medem saúde – conceito mais abrangente, de âmbito psicológico e sociológico (Tsakos *et al.*, 2001).

5.2. Características da amostra

A amostra do estudo final teve 495 pessoas com respostas válidas. Deste modo, o tamanho da amostra excedeu as recomendações da literatura relativas ao número mínimo de participantes num estudo deste caráter. De acordo com Tinsley & Tinsley (Tinsley & Tinsley *in* Moreira, 2009), é recomendado ter 5 a 10 pessoas por cada variável até ao limite de 300, pois a partir desse número “os erros aleatórios de medição tendem a anular-se mutuamente, os parâmetros dos itens e dos testes tendem a estabilizar e torna-se menos

importante aumentar a dimensão da amostra”. Para outros autores, uma amostra com 100 a 200 pessoas é suficiente (Montero *et al.*, 2008).

Comparando as variáveis sociodemográficas da amostra com a população portuguesa no Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012), considera-se haver uma sobre-representação do género feminino, bem como do grupo etário dos 18-24 anos, enquanto a população com 65 ou mais anos está sub-representada. A percentagem de inquiridos com formação académica superior foi substancialmente maior que a percentagem nacional. A percentagem de inquiridos em situação de “estudante” foi maior que na população portuguesa, contrariamente à percentagem de pessoas na situação de “reformado/aposentado”, que foi inferior à da população. A percentagem de respondentes empregados foi superior à da população no primeiro trimestre de 2015, contrariamente à percentagem de desempregados, inferior à da população no mesmo período (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Estas características sociodemográficas podem ser uma consequência do processo de amostragem por conveniência, bem como do método adotado para aplicação dos questionários.

Apesar de uma parte substancial das respostas porvir do distrito de Lisboa, procurou-se recolher respostas de todos os distritos do país, incluindo as regiões autónomas. Tal outorgou um carácter nacional ao estudo final.

5.3. Impactos nas atividades quotidianas

De um modo geral, a prevalência de impactos nas atividades quotidianas foi baixa. A percentagem de adultos que participaram no estudo com pelo menos um impacto (33.9%) é superior à registada na validação norueguesa (18.3%), mas é inferior à encontrada noutros estudos de validação, em que foi superior a 50% (Montero *et al.*, 2008; Abegg *et al.*, 2013). Esta diferença pode ser explicada por diferenças no estado de saúde oral das populações, pelos diferentes contextos culturais e socioeconómicos estudados e pelas diferentes características demográficas das amostras.

A atividade mais afetada foi “comer e saborear a comida” à semelhança dos resultados de vários estudos de validação (Astrom *et al.*, 2005; Montero *et al.*, 2008; Abegg *et al.*, 2013).

Não foi encontrada correlação do *score* do OIDP nem com o género, nem com a idade. Alguns estudos (Montero *et al.*, 2008; Gabardo *et al.*, 2015) mostram uma associação do género feminino com pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Noutros estudos (Tsakos *et al.*, 2001; Astrom *et al.*, 2005; Eric *et al.*, 2012; Abegg *et al.*, 2013) não foi encontrada tal associação, ou esta não é clara. A inexistência de correlação com a idade corrobora os resultados de Locker e colaboradores (Locker *et al.*, 1994): os impactos negativos que afetam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral podem estar presentes em todas as idades.

Foi encontrada uma correlação negativa e de elevada significância entre o *score* do OIDP e a formação académica. Este resultado sugere que, neste estudo, indivíduos com um nível educacional mais elevado tendem a experienciar menos impactos da saúde oral nas atividades quotidianas. A pesquisa realizada não permitiu encontrar publicações que explicitassem de modo claro a possível relação existente entre o nível educacional e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Assim, esta é uma matéria que poderá ser estudada em investigações futuras.

5.4. Propriedades psicométricas do OIDP

A análise das propriedades psicométricas de um indicador, designadamente fiabilidade e validade, é uma etapa fundamental de um estudo de validação. A versão portuguesa do OIDP mostrou ter uma fiabilidade e validade adequadas.

Relativamente à fiabilidade, todos os coeficientes de correlação inter-item entre os scores dos 8 itens foram positivos (ver Tabela 4.3), mostrando a homogeneidade dos itens, e nenhum coeficiente foi suficientemente alto para se considerar um item redundante; todas as correlações item-total corrigidas estavam acima de .20 (ver Tabela 4.4), o mínimo recomendado para se considerar a inclusão de um item numa escala (Tsakos *et al.*, 2001; Astrom *et al.*, 2005; Eric *et al.*, 2012); o alfa de Cronbach se algum item fosse excluído era sempre inferior ou igual ao seu valor original (ver Tabela 4.4), sugerindo a não eliminação de nenhum item do questionário.

De acordo com alguns autores, o valor do alfa de Cronbach deve ser superior a 0.70 (Hill *et al.*, 2012; Luís *et al.*, 2012). Outros autores (Tsakos *et al.*, 2001) consideram valores acima de 0.50 satisfatórios. Segundo Pallant, o alfa de Cronbach tende a ser menor quando o número de itens é inferior a dez, como é o caso da versão portuguesa do OIDP (Pallant, 2001). O alfa de Cronbach e o alfa de Cronbach com base em itens padronizados foram ligeiramente menores que 0.70, à semelhança dos resultados de outros estudos (ver Tabela 5.1).

Tabela 5.1. Comparação dos valores de alfa de Cronbach e de alfa de Cronbach com base em itens padronizados em diversos estudos.

<i>Estudo</i>	<i>alfa de Cronbach</i>	<i>alfa de Cronbach com base em itens padronizados</i>
Validação portuguesa	0.67	0.69
Abegg <i>et al.</i> 2013	Não apresentado	0.69
Tsakos <i>et al.</i> 2001 (amostra britânica)	0.69	0.68
Adulyanon <i>et al.</i> 1996	0.65	0.67

Segundo Montero e colaboradores, há uma tendência para os instrumentos de diagnóstico mostrarem menor consistência e fiabilidade quando aplicados a populações com baixa prevalência e severidade de impactos. Assim, o valor do alfa de Cronbach obtido pode dever-se ao tamanho relativamente grande da amostra e à prevalência baixa de impactos (Montero *et al.*, 2008). Astrom e colaboradores, prevendo *a priori* a baixa prevalência de impactos na população norueguesa, validaram uma versão simplificada do OIDP, em que perguntaram somente a frequência de impactos nos últimos seis meses e não utilizaram a fórmula original de cálculo do *score* final. Deste modo, obtiveram valores de consistência interna mais elevados (Astrom *et al.*, 2005). Esta é uma abordagem sugerida por Adulyanon e Sheiham, embora considerem que o *score* do OIDP tem melhores capacidades preditivas, quando obtido pela fórmula de cálculo original (Adulyanon *et al.*, 1997).

A validade de construto foi demonstrada por, de acordo com o previsto, o *score* do OIDP estar positiva e significativamente correlacionado com a percepção de saúde geral, com a percepção de saúde oral e com o motivo para visitar o médico dentista. Estes resultados confirmam as hipóteses alternativas das hipóteses propostas na secção 2.2. A correlação do *score* com a percepção de saúde geral também permitiu assegurar a validade concorrente. Indivíduos com maior *score*, isto é, com pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral, têm pior percepção do seu estado de saúde geral, como aconteceu em outros estudos (Tsakos *et al.*, 2001; Eric *et al.*, 2012). Indivíduos com maior *score* têm pior percepção do seu estado de saúde oral, em concordância com os resultados de outros autores (Astrom *et al.*, 2005; Abegg *et al.*, 2013). De acordo com um estudo recente realizado em Espanha (Montero *et al.*, 2014) e em concordância com os resultados de Astrom e colaboradores na validação norueguesa do OIDP (Astrom *et al.*, 2005), um

maior *score* está correlacionado com o recurso a serviços de medicina dentária por motivos de urgência,

5.5. Limitações do estudo

O presente estudo procurou aumentar as possibilidades de pesquisa no âmbito da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em Portugal, sugerindo potenciais temas de interesse para investigações futuras.

No presente trabalho, a fiabilidade do OIDP não foi testada através de uma análise de teste-reteste, à semelhança da metodologia seguida noutros estudos (Tsakos *et al.*, 2001; Montero *et al.*, 2008). A fiabilidade foi estudada através da análise de consistência interna, dos coeficientes de correlação inter-item, da correlação item-total corrigida e do alfa de Cronbach se item excluído.

A amostra do estudo final teve uma dimensão considerada suficiente para um estudo de validação e recolheram-se respostas provenientes de todo o território nacional. Contudo, o processo de amostragem foi feito por conveniência. Nesse sentido, a extrapolação dos resultados para a população portuguesa deve ser feita com cuidado, uma vez que os mesmos podem não ser representativos da referida população. As percentagens elevadas de inquiridos com idades abaixo dos 40 anos e com elevado nível educacional poderão ser uma consequência da aplicação dos inquéritos exclusivamente *online*.

Nesse sentido, em estudos futuros em que se pretenda quantificar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos portugueses, utilizando indicadores como o OIDP, poderão escolher-se outros processos de amostragem, designadamente amostragem aleatória, com um número de participantes de características sociodemográficas (género, idade, nível educacional e local de residência) representativas da população portuguesa; poderão utilizar-se alternativamente outros meios de aplicação, nomeadamente entrevista telefónica ou presencial.

O carácter transversal deste estudo de validação faz com que os resultados sejam relativos a um determinado momento. Seria interessante a aplicação do OIDP em Portugal em estudos futuros, de carácter longitudinal, para avaliar a estabilidade dos resultados no tempo, bem como a utilidade deste indicador na medição de resultados de intervenções clínicas. Seria igualmente interessante a aplicação do OIDP, eventualmente adaptado a condições específicas, para estudar o efeito de determinadas patologias na qualidade de vida relacionada com a saúde oral de pacientes portugueses. Por fim, a associação do

OIDP a indicadores clínicos num estudo de larga escala, poderia ajudar a definir necessidades de tratamento da população portuguesa e, por conseguinte, a constituir novas políticas de saúde pública no âmbito da saúde oral, ou a melhorar as existentes.

6. Conclusões

O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) mostrou ter boas propriedades psicométricas, constituindo um instrumento fiável e válido, adequado para ser aplicado à população portuguesa.

A amostra estudada revelou ter uma baixa prevalência de impactos da saúde oral nas atividades quotidianas. Os impactos não estavam correlacionados com o género, ou com a idade, mas estavam correlacionados com a formação académica, concluindo-se que eram tanto maiores, quanto menor era o nível educacional dos inquiridos. Os impactos da saúde oral nas atividades quotidianas também estavam correlacionados com a perceção de saúde geral, com a perceção de saúde oral e com a razão habitual para consultar o médico dentista. Deste modo, as pessoas que afirmaram ter mais impactos de problemas orais no seu dia-a-dia também tinham uma apreciação mais negativa do seu estado de saúde geral, do seu estado de saúde oral e habitualmente procuram o médico dentista por motivos de urgência.

7. Referências

- Abegg, C., V. N. Fontanive, G. Tsakos, R. S. Davoglio e M. M. de Oliveira (2013). "Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil." Gerodontology **32**(1): 46-52.
- Adulyanon, S. e A. Sheiham (1997). Oral Impacts on Daily Performances. Measuring Oral Health and Quality of Life. G. D. Slade. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology: 151-160.
- Agrawal, N., K. Pushpanjali e A. K. Garg (2013). "The cross cultural adaptation and validity of the child-OIDP scale among school children in Karnataka, South India." Community Dent Health **30**(2): 124-126.
- Allen, P. F. (2003). "Assessment of oral health related quality of life." Health Qual Life Outcomes **1**: 40.
- Allen, P. F., A. S. McMillan, D. Walshaw e D. Locker (1999). "A comparison of the validity of generic- and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life." Community Dentistry and Oral Epidemiology **27**(5): 344-352.
- Association, A. D. (2014). "ADA Policy-Definition of Oral Health." Consultado em 06 de Julho de 2015, from <http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/ada-policy-definition-of-oral-health>.
- Astrom, A. N., O. Haugejorden, E. Skaret, T. A. Trovik e K. S. Klock (2005). "Oral Impacts on Daily Performances in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates." Eur J Oral Sci **113**(4): 289-296.
- Barbotte, E., F. Guillemin e N. Chau (2001). "Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature." Bull World Health Organ **79**(11): 1047-1055.
- Bernabe, E., A. Sheiham e G. Tsakos (2008). "A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru." Community Dent Oral Epidemiol **36**(4): 317-325.
- Castro, R. A., M. I. Cortes, A. T. Leao, M. C. Portela, I. P. Souza, G. Tsakos, W. Marcenes e A. Sheiham (2008). "Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation." Health Qual Life Outcomes **6**: 68.
- Castro, R. A., M. C. Portela e A. T. Leao (2007). "[Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health]." Cad Saúde Publica **23**(10): 2275-2284.
- Cortes-Martinicorena, F. J., E. Rosel-Gallardo, J. Artazcoz-Oses, M. Bravo e G. Tsakos (2010). "Adaptation and validation for Spain of the Child-Oral Impact on Daily Performance (C-OIDP) for use with adolescents." Med Oral Patol Oral Cir Bucal **15**(1): e106-111.
- Diniz, D., M. Medeiros e F. Squinca (2007). "Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde." Cadernos de Saúde Pública **23**: 2507-2510.
- Dorri, M., A. Sheiham e G. Tsakos (2007). "Validation of a Persian version of the OIDP index." BMC Oral Health **7**(1): 2.

- Eric, J., I. Stancic, L. T. Sojic, A. Jelenkovic Popovac e G. Tsakos (2012). "Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale in the elderly population of Bosnia and Herzegovina." Gerodontology **29**(2): e902-908.
- Gabardo, M. C. L., S. J. Moysés, S. T. Moysés, M. Olandoski, M. T. A. Olinto e M. P. Pattussi (2015). "Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults." Ciência & Saúde Coletiva **20**: 1531-1540.
- Gherunpong, S., G. Tsakos e A. Sheiham (2004). "Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP." Community Dent Health **21**(2): 161-169.
- Group, W. H. O. Q. O. L. (1993). "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)." Quality of Life Research **2**(2): 153-159.
- Guillemin, F., C. Bombardier e D. Beaton (1993). "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines." J Clin Epidemiol **46**(12): 1417-1432.
- Hill, M. M. e A. Hill (2012). Investigação por questionário. Lisboa, Edições Sílabo.
- Hobdell, M., G. Tsakos, A. Sprod, T. E. Ladrillo, M. W. Ross, N. Gordon, N. Myburgh e R. Lalloo (2009). "Using an oral health-related quality of life measure in three cultural settings." International Dental Journal **59**(6): 381-388.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2012) "Destaque Censos 2011: População cresce 2% na última década graças ao saldo migratório."
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2015) "Boletim Mensal de Estatística - Junho 2015." Boletim Mensal de Estatística 2015, 33.
- Jung, S. H., J. I. Ryu, G. Tsakos e A. Sheiham (2008). "A Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: validity, reliability and prevalence." Health Qual Life Outcomes **6**: 17.
- Kida, I. A., A. N. Astrom, G. V. Strand, J. R. Masalu e G. Tsakos (2006). "Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performances (OIDP) in a population of older Tanzanians." Health Qual Life Outcomes **4**: 56.
- Lawal, F. B., J. O. Taiwo e M. O. Arowojolu (2013). "Validation of the oral impact on daily performance frequency scale in Ibadan, Nigeria." Afr J Med Med Sci **42**(3): 215-222.
- Locker, D. (1988). "Measuring oral health: a conceptual framework." Community Dent Health **5**(1): 3-18.
- Locker, D. (1992). "The burden of oral disorders in a population of older adults." Community Dent Health **9**(2): 109-124.
- Locker, D. (1997). Concepts of Oral Health, Disease and The Quality of Life. Measuring Oral Health and Quality of Life. G. D. Slade. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology: 11-23.

- Locker, D. e Y. Miller (1994). "Evaluation of subjective oral health status indicators." J Public Health Dent **54**(3): 167-176.
- Luís, H. S., V. A. Assunção e L. S. Luís (2012). "Tradução e validação para português de um questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes." Adolesc Saúde **9**(1): 7-11.
- MacEntee, M. I. (2007). "Quality of life as an indicator of oral health in older people." J Am Dent Assoc **138** **Suppl**: 47s-52s.
- Masalu, J. R. e A. N. Astrom (2003). "Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students." Community Dent Oral Epidemiol **31**(1): 7-14.
- McDowell, I. (2006). Measuring Health - A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York, Oxford University Press.
- Montero, J., A. Albaladejo e J. I. Zalba (2014). "Influence of the usual motivation for dental attendance on dental status and oral health-related quality of life." Med Oral Patol Oral Cir Bucal **19**(3): e225-231.
- Montero, J., M. Bravo e A. Albaladejo (2008). "Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population." Health Qual Life Outcomes **6**: 101.
- Moreira, J. M. (2009). Questionários: Teoria e Prática. Coimbra, Edições Almedina.
- Mtaya, M., A. N. Astrom e G. Tsakos (2007). "Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania." Health Qual Life Outcomes **5**: 40.
- Naito, M., Y. Suzukamo, H. O. Ito e T. Nakayama (2007). "Development of a Japanese version of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale: a pilot study." J Oral Sci **49**(4): 259-264.
- Organization, W. H. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: 100.
- Organization, W. H. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - a manual of classification relating to the consequences of disease. Genebra, World Health Organization.
- Organization, W. H. (2005). "The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century. A call for action." Consultado em 06 de Julho de 2015, from www.who.int/oral_health/events/orh_liverpool_declaration_05.pdf.
- Organization, W. H. (2012). "Oral Health. Fact sheet no 318." Consultado em 06 de Julho de 2015, from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.htm.
- Ostberg, A. L., P. Andersson e M. Hakeberg (2008). "Cross-cultural adaptation and validation of the oral impacts on daily performances (OIDP) in Swedish." Swed Dent J **32**(4): 187-195.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2012). "Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper." Psicologia, Saúde & Doenças **13**: 157-168.

- Pallant, J. (2001). SPPS survival manual. Buckingham, Open University Press.
- Prevention, C. F. D. C. a. (2011). "Health-Related Quality of Life (HRQOL)." Consultado em 10 de Julho de 2015, from <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>.
- Purohit, B. M., A. Singh, S. Acharya, M. Bhat e H. Priya (2012). "Assessment and validation of the oral impact on daily performance (OIDP) instrument among adults in Karnataka, South India." Community Dent Health **29**(3): 203-208.
- Skaret, E., A. N. Åstrøm e O. Haugejorden (2004). Oral Health-Related Quality of Life. Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. European Global Oral Health Indicators Development Project - 2003 Report Proceedings. J. C. L. Denis M. Bourgeois. Paris: 99-110.
- Thelen, D. S., A. Bardsen e A. N. Astrom (2011). "Applicability of an Albanian version of the OIDP in an adolescent population." Int J Paediatr Dent **21**(4): 289-298.
- Tsakos, G., W. Marcenes e A. Sheiham (2001). "Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries." Gerodontology **18**(2): 121-130.
- Tubert-Jeannin, S., E. Pegon-Machat, C. Gremeau-Richard, M. M. Lecuyer e G. Tsakos (2005). "Validation of a French version of the Child-OIDP index." Eur J Oral Sci **113**(5): 355-362.
- Usha, G. V., H. M. Thippeswamy e L. Nagesh (2012). "Validity and reliability of Oral Impacts on Daily Performances Frequency Scale: a cross-sectional survey among adolescents." J Clin Pediatr Dent **36**(3): 251-256.
- Wilson, I. B. e P. D. Cleary (1995). "Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes." Jama **273**(1): 59-65.

8. Anexos

Anexo 1. Versão final portuguesa do OIDP

1. Nos últimos 6 meses, problemas com a boca, dentes ou próteses causaram-lhe alguma dificuldade em ... (atividade)?
2. *Se sim,*
A dificuldade que sentiu em ... (atividade) foi de forma regular/periódica ou durante um período/temporariamente?
 - 3a. *Se a sua capacidade esteve diminuída de forma "regular/periódica", com que frequência* sentiu essa dificuldade durante os últimos seis meses?
 - OU
 - 3b. *Se a sua capacidade esteve diminuída durante "um período/temporariamente", qual a duração* dessa dificuldade nos últimos seis meses?
4. Numa escala de 0 a 5, na qual 0 significa “*sem efeito*” e 5 significa “*efeito muito intenso*”, que número usaria para classificar o seu nível de dificuldade sentida no dia-a-dia?

Atividades
 - i) comer e saborear a comida;
 - ii) falar e pronunciar com clareza;
 - iii) lavar os dentes;
 - iv) dormir e descansar;
 - v) sorrir, rir e mostrar os dentes sem ficar constrangido;
 - vi) manter o estado emocional habitual sem estar irritável;
 - vii) desempenhar a sua actividade profissional ou social;
 - viii) desfrutar do contacto com as pessoas.

Anexo 2. Opções de resposta e atribuição de scores

<i>Pergunta</i>	<i>Opções de resposta</i>	<i>Score</i>
1.	Sim	-
	Não	0
2.	De forma regular/periódica	-
	Durante um período/temporariamente	-
3a.	Nunca nos últimos 6 meses	0
	Menos de uma vez por mês	1
	Uma ou duas vezes por mês	2
	Uma ou duas vezes por semana	3
	3-4 vezes por semana	4
	Todos ou quase todos os dias	5
3b.	0 dias	0
	Até 5 dias no total	1
	Até 15 dias no total	2
	Até 30 dias no total	3
	Até 3 meses no total	4
	Mais de 3 meses no total	5
4.	0 a 5	0 a 5

Anexo 3. Fórmula de cálculo do *score* final para cada inquirido

$$\begin{aligned} &[(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Comer e saborear"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Falar e pronunciar"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Lavar os dentes"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Dormir e descansar"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Sorrir, rir e mostrar os dentes"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Manter o estado emocional"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Atividade profissional/social"}) \\ &+(score \text{ frequência} \times score \text{ severidade "Contacto com as pessoas" })] \times \frac{100}{200} \end{aligned}$$

Anexo 4. Termo de esclarecimento e consentimento, usado no estudo piloto

O meu nome é Gonçalo Godinho e sou aluno do 5.º Ano de Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). No âmbito da minha tese final de curso, estou a aplicar este questionário para estudar o impacto da saúde oral nas atividades quotidianas. Pode participar neste estudo se tem uma idade igual ou superior a 18 anos e se a sua língua materna é o português.

Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se a tratamento estatístico com fins científicos/académicos. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer momento, se assim desejar.

Anexo 5. Termo de esclarecimento e consentimento, usado no estudo final

Este estudo está a ser realizado no âmbito da tese final de curso do aluno Gonçalo Godinho, do 5.º Ano de Medicina Dentária na FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

A aplicação deste questionário visa estudar o impacto da saúde oral nas atividades quotidianas, na população portuguesa, destina-se a pessoas de idade igual ou superior a 18 anos e o seu preenchimento leva em média 1 a 5 minutos.

Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se a tratamento estatístico com fins científicos/académicos.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer momento, se assim desejar.

Anexo 6. Estrutura do questionário aplicado no estudo final

	<i>Pergunta</i>	<i>Opções de Resposta</i>
<i>Variáveis sociodemográficas</i>	Género:	(1) Feminino (2) Masculino
	Idade:	(1) 18-24 anos (2) 25-40 anos (3) 41-50 anos (4) 51-64 anos (5) 65 ou + anos
	Formação académica:	(1) 4ºAno (2) 9ºAno (3) 12ºAno (4) Licenciatura (5) Mestrado (6) Doutoramento
	Situação profissional:	(1) Estudante (2) Empregado (3) Desempregado (4) Reformado/Aposentado (5) Outra
	Em que distrito de Portugal vive?	(1) Aveiro (2) Beja (3) Braga (4) Bragança (5) Castelo Branco (6) Coimbra (7) Évora (8) Faro (9) Guarda (10) Leiria (11) Lisboa (12) Portalegre (13) Porto (14) Santarém (15) Setúbal (16) Viana do Castelo (17) Vila Real (18) Viseu (19) Região Autónoma da Madeira (20) Região Autónoma dos Açores
<i>Variáveis dependentes</i>	Como classifica a sua saúde geral?	(0) Ótima (1) Boa (2) Regular (3) Má (4) Péssima
	Como classifica a sua saúde oral?	(0) Ótima (1) Boa (2) Regular (3) Má (4) Péssima
	Habitualmente, por que razão visita o dentista?	(1) Controlo regular (2) Sintomas/Situação aguda

Nota: Os números entre parênteses correspondem ao número atribuído a cada resposta para o tratamento estatístico.

OIDP	<p>Nos últimos 6 meses, problemas com a boca, dentes ou próteses causaram-lhe alguma dificuldade em (uma das atividades, ver Anexo 1)?</p> <p><i>Opções de resposta:</i> Não Sim, de forma “regular/periódica”. Sim, durante “um período/temporariamente”.</p>	
	<p>Tendo sido a sua capacidade diminuída de forma "regular/periódica", com que frequência sentiu essa dificuldade?</p> <p><i>Opções de resposta:</i> ver anexo 2., Pergunta 3a.</p>	<p>Tendo sido a sua capacidade diminuída durante "um período/temporariamente", com que frequência sentiu essa dificuldade?</p> <p><i>Opções de resposta:</i> ver anexo 2., Pergunta 3b.</p>
	<p>Que número usaria para classificar o seu nível de dificuldade sentida no dia-a-dia?</p> <p><i>Opções de resposta:</i> Um algarismo entre 0 e 5 (0= sem efeito; 5= efeito muito intenso).</p>	

Anexo 7. Ró de Spearman

		1	2	3	4	5	6	7
<i>Score</i> Total 1	Coeficiente de Correlação	1,00						
	Significância	.						
Género 2	Coeficiente de Correlação	-,01	1,00					
	Significância	,86	.					
Idade 3	Coeficiente de Correlação	-,01	-,07	1,00				
	Significância	,85	,11	.				
Formação Académica 4	Coeficiente de Correlação	-,12**	,03	,15**	1,00			
	Significância	,01	,57	,00	.			
Como classifica a sua saúde geral? 5	Coeficiente de Correlação	,23**	-,05	,18**	-,21**	1,00		
	Significância	,00	,26	,00	,00	.		
Como classifica a sua saúde oral? 6	Coeficiente de Correlação	,31**	,02	,19**	-,16**	,46**	1,00	
	Significância	,00	,67	,00	,00	,00	.	
Habitualmente, por que razão visita o dentista? 7	Coeficiente de Correlação	,24**	,11*	-,05	-,03	,13**	,34**	1,00
	Significância	,00	,02	,31	,57	,01	,00	.

** . Correlação significativa a 1% ($p \leq 0.01$); * . Correlação significativa a 5% ($p \leq 0.05$).

Nota: Dada a natureza não ordinal das variáveis “Situação profissional” e “Distrito de habitação” optou-se por não as incluir na tabela relativa ao Ró de Spearman, tendo as mesmas servido unicamente para descrição sociodemográfica da amostra.